

**Antrag auf Aufhebung der Quarantäne**  
nach § 4 Abs. 1 und 2 Corona-Verordnung Absonder  
(Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag an

[13.info@kreis-calw.de](mailto:13.info@kreis-calw.de) oder per Fax an 07051 160-949)

**Persönliche Angaben:**

**Name, Vorname:**

**Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort):**

**Geburtsdatum:**

**Telefonnr., E-Mail:**

**Bitte zutreffendes auswählen:**

Ich bin bereits 2 x geimpft und meine 2. Impfung ist länger als 14 Tage her.

oder

Ich bin bereits 1 x geimpft und war mit SARS-CoV-2 infiziert.

Datum der Feststellung der Infektion:

Virusvariante (falls bekannt):

**und**

ich bin aktuell symptomfrei.

**und**

ich bin aktuell nicht stationär im Krankenhaus, in einer Reha- oder Pflegeeinrichtung

**Angaben zur Impfung gegen SARS-CoV-2:**

Name und Anschrift der durchführenden Impfstelle bzw. des Arztes:

Datum der 1. Schutzimpfung:

Datum der 2. Schutzimpfung

Bezeichnung und Chargenbezeichnung des Impfstoffes (Informationen finden Sie im Impfpass)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
Falschangaben werden konsequent verfolgt.

\_\_\_\_\_